

Casa di cura | Poliambulatorio Villa Delle Terme

Presidio Falciani: Via Cassia 217 • (Località Falciani) 50023 Impruneta (FI)
Presidio Marconi: Via G.B. Amici 1 • 50131 Firenze

Per informazioni e prenotazioni

• Sito web: kormed.it
• Email: info.marconi@kormed.it | info.falciani@kormed.it

Richiesta copia cartella clinica o altra documentazione sanitaria

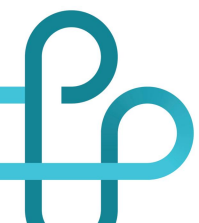
Il/la sottoscritto/a.....
nato/ail.....Codice Fiscale.....

IN QUALITÀ DI

- diretto interessato** (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario)
- legale rappresentante dell'interessato:** tutore – curatore – amministratore di sostegno (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e documentazione attestante i poteri di rappresentanza)
- persona delegata dal diretto interessato** o da chi esercita legalmente la potestà (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario ed originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante)
- legittimo erede dell'intestataro** (o equivalente titolo di legittimazione) / familiare (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e documentazione attestante il grado di parentela o il titolo di erede o altro equivalente titolo di legittimazione, come la dichiarazione sostitutiva di certificazione)
- soggetto delegato da un legittimo erede o equivalente titolo di legittimazione** (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario ed originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante)
- soggetto terzo** – rispetto all'interessato - che ha la documentata necessità di far valere o difendere un diritto, della personalità o altra libertà inviolabile e fondamentale, in sede giudiziaria oppure di tutelare una situazione giuridica rilevante, purché di pari rango rispetto al diritto dell'interessato (allegare fotocopia del documento di identità del firmatario e idonea documentazione attestante le ragioni poste alla base della richiesta di accesso)

richiede la seguente documentazione:

- COPIA AUTENTICATA CARTELLA CLINICA
- DICHIARAZIONE DEGENZA/ CERTIFICAZIONE
-
- COPIA IMMAGINI RADIOGRAFICHE



Casa di cura | Poliambulatorio Villa Delle Terme

Presidio Falciani: Via Cassia 217 • (Località Falciani) 50023 Impruneta (FI)
Presidio Marconi: Via G.B. Amici 1 • 50131 Firenze

Per informazioni e prenotazioni

- Sito web: kormed.it
- Email: info.marconi@kormed.it | info.falciani@kormed.it

relativa a:

(da compilare se il richiedente è soggetto diverso dall'intestatario della documentazione)

Cognome.....Nome.....
nato/a.....il.....Codice Fiscale

ricoverato presso il Vs Presidio

- Falciani
 Marconi

A tal fine, consapevole delle responsabilità penali derivanti da mendaci dichiarazioni,

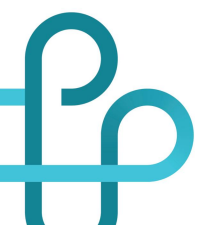
DICHIARA

di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e di essere consapevole delle responsabilità previste dall'art. 76 del Dpr 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci o reticenti sotto la propria responsabilità e conferma la veridicità di quanto sopra riportato.

N.B.: Il ritiro della fotocopia di cartella clinica deve essere effettuato entro e non oltre il termine massimo di 3 mesi dall'effettiva richiesta scritta, trascorsi i quali la copia richiesta verrà distrutta con le modalità indicate dalle norme di legge. Il richiedente si impegna al pagamento, al momento della richiesta, dei diritti di segreteria per il rilascio della documentazione sanitaria richiesta e delle eventuali spese di spedizione.

ALLEGATI:

- fotocopia di documento di identità del firmatario
 documentazione attestante i poteri di rappresentanza
 originale della delega corredata da fotocopia del documento di identità del delegante
 documentazione attestante il grado di parentela e/o il titolo di erede o equivalente titolo di legittimazione (per le persone decedute)
 documentazione attestante la necessità di far valere un proprio diritto di pari rango rispetto a quello dell'interessato



Casa di cura | Poliambulatorio Villa Delle Terme

Presidio Falciani: Via Cassia 217 • (Località Falciani) 50023 Impruneta (FI)
Presidio Marconi: Via G.B. Amici 1 • 50131 Firenze

Per informazioni e prenotazioni

• Sito web: kormed.it
• Email: info.marconi@kormed.it | info.falciani@kormed.it

Il sottoscritto richiede inoltre che la documentazione richiesta gli venga recapitata tramite spedizione postale a:

Cognome.....Nome.....
doc. ident.....Codice Fiscale

nr telefonico.....residente a

indirizzoCAP

Data.....Firma.....

Autorizzazione del Direttore Sanitario (data e firma)

RITIRO/SPEDIZIONE (a cura dell'Operatore della Reception)

La documentazione è stata ritirata dal Sig.
regolarmente munito di documento di riconoscimento in data/...../.....
Firma per il ritiro

Spedizione tramite raccomandata A/R nr in data/...../.....

Dati di Riferimento Cartelle Cliniche oggetto di Copia (a cura dell'Operatore della Reception)

Nr cartella.....	Nr cartella.....
Presidio.....	Presidio.....
Data ingresso	Data ingresso
Data dimissione	Data dimissione
N. Fattura	N. Fattura
Data Saldo	Data Saldo

Nr cartella.....
Presidio.....
Data ingresso

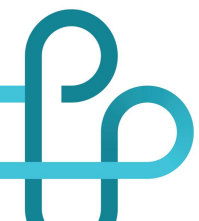
Data dimissione

N. Fattura

Data Saldo

Dati di Riferimento Immagini Radiografiche oggetto di Copia (a cura dell'Operatore della Reception)

Nr cartella.....	Nr cartella.....
Presidio.....	Presidio.....
Data RX	Data RX
Distretto RX	Distretto RX
N. Fattura	N. Fattura
Data Saldo	Data Saldo



Casa di cura | Poliambulatorio Villa Delle Terme

Presidio Falciani: Via Cassia 217 • (Località Falciani) 50023 Impruneta (FI)
Presidio Marconi: Via G.B. Amici 1 • 50131 Firenze

Per informazioni e prenotazioni

- Sito web: kormed.it
- Email: info.marconi@kormed.it | info.falciani@kormed.it

DELEGA

Il/La Signore/a.....
(Cognome Nome Delegato) (Codice Fiscale Delegato)

Nato/a.....
(Luogo, Prov. di nascita Delegato) (Data di nascita Delegato)

Residente a.....
(Luogo, Prov., Località, Indirizzo, N. civico Delegato)

Doc. di identificazione.....
(Tipo e N. documento di identità Delegato)

A RITIRARE COPIA DELLA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE SANITARIA:

- Duplicato autenticato Cartella Clinica
- Dichiarazione degenza/certificazione
- Copia immagini Iconografiche (Lastre)

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto l'informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679 e ALLEGA alla presente copia fotostatica del documento di identità sopra indicato (2).

Luogo e data Firma

